

## **ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В АКТИВНОЙ СТАДИИ**

*Козина Ю.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Клиника и патогенез псориаза характеризуются двумя основными компонентами: пролиферативным хроническим воспалением дермы и аномалиями дифференцировки эпидермиса [2, 4]. Хронический воспалительный процесс сопровождается инфильтрацией кожи преимущественно Т-лимфоцитами и макрофагами, а также нейтрофилами [3, 5]. При этом иммунокомпетентные клетки выделяют различные вещества, обладающие провоспалительными свойствами (провоспалительные цитокины, хемокины, интерфероны), которые также участвуют в регуляции гемостазиологических процессов [6].

Имеются данные, что тяжелое течение псориаза сопровождается повышением уровня фибриногена в крови и изменениями в системе плазменных факторов коагуляции [1]. Известен также и тот факт, что гиперфибриногенемия индуцируют провоспалительные цитокины, в частности интерлейкин-6 [5, 6]

Повышение плазменной концентрации фибриногена и обострение воспалительных процессов стало поводом рассматривать этот гликопротеид как белок острой фазы воспаления. Большинство исследователей относят гиперфибриногению к факторам риска развития тромботических осложнений [1, 6].

Цель настоящего исследования - сравнительное изучение факторов внутреннего и внешнего путей плазменного коагуляционного гемостаза у больных торпидным распространенным псориазом.

**Материалы и методы** Под наблюдением находился 71 больной распространенным торпидным псориазом в активной стадии со среднетяжелым течением (54 мужчины, 17 женщин, их средний возраст составил  $40,2 \pm 1,6$  года). Длительность псориаза 2-5 лет была выявлена у 9 (12,85%) больных, 5-10 лет - у 20 (28,57%) больных, свыше 10 лет у 42 (60%) пациентов. Большинство пациентов (77,5%) страдали часто рецидивирующим и непрерывно-рецидивирующим псориазом, т.е. исчезающими кожными высыпаниями.

Клинические проявления псориаза оценивали полуколичественным методом PASI с учетом характера его течения, частоты и продолжительности рецидивов, давности заболевания и сопутствующей патологии. Оцениваемые параметры включали субъективные (невротические реакции, зуд, чувство стягивания кожи и др.) и объективные (площадь и локализация поражений, интенсивность эритемы, инфильтрация, характер шелушения элементов). Все признаки имели балльную градацию: 0 - отсутствует, 1 - легкая, 2 - умеренная, 3 - тяжелая, 4, 5, 6 - очень тяжелая. Средний индекс PASI у пациентов составил  $21,8 \pm 0,8$ . Кожные проявления у больных соответствовали прогрессивной (82%) и прогрессивно-стационарной (18%) стадиям. Клинических признаков поражения суставов у больных не отмечалось. Заболевания ЖКТ выявлены у 24 (34,3%) больных, хронические бронхиты - у 27 (38,6%), сердечно-сосудистая патология у 19 (27,4%) больных.

Контрольную группу составили 24 здоровых донора в возрасте  $37 \pm 2,6$  лет.

Плазменный гемостаз исследовали определением активированного частичного (парциального) тромбопластинного времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПТВ), тромбинового времени (ТВ), фибриногена (Ф). Исследование проводилось с помощью четырехканального коагулометра фирмы «Solar» (РБ) с использованием реактивов фирмы «Согмау» (Польша).

**Результаты исследования.** Представленные данные свидетельствуют об изменениях в системе гемостаза у больных псориазом в активной стадии заболевания.

В общей группе обследованных больных (71 пациент) выявлено повышенное содержание фибриногена ( $3,45 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ ), снижение АЧТВ ( $28,9 \pm 0,7$ ,  $p < 0,05$ ) и общие изменения ПТВ и ТВ, по сравнению с данными у контрольной группы ( $14,8 \pm 1,8$ ,  $p > 0,05$  и  $26,07 \pm 3,61$ ,  $p > 0,05$ , соответственно).

Анализ полученных результатов позволил выделить две группы больных (табл.)

У больных I группы наибольшие изменения (увеличение) обнаруживались в содержании фибриногена ( $4,2 \pm 0,13$ ,  $p < 0,05$ ) и протромбинового времени ( $17,2 \pm 4,09$ ,  $p < 0,05$ ), в то время как значения АЧТВ и ТВ существенно не отличались от результатов, полученных в контрольной группе.

Во II-ой группе пациентов также выявлено повышенное содержание плазменного фибриногена ( $3,2 \pm 0,14$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с данными контрольной группы ( $2,7 \pm 0,09$ ), но менее выраженное, чем в I-ой группе. У лиц этой группы не выявлены существенные изменения значений ПТВ и ТВ, но обнаружено снижение значений АЧТВ ( $23,1 \pm 0,64$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с показателями контрольной группы ( $32,2 \pm 0,63$ ).

Таблица 1 - Показатели плазменного гемостаза у больных распространенным псориазом

Группы обследованных	Фибриноген (г/л)	АЧТВ (сек)	ПТВ (сек)	ТВ (сек)
I. Больные с повышенным фибриногеном, n=31	$4,2 \pm 0,14$	$29,7 \pm 1,26$	$17,2 \pm 4,09$	$22,96 \pm 1,237$
II. Больные с пониженным АЧТВ, n=24	$3,2 \pm 0,14$	$23,1 \pm 0,64$	$12,7 \pm 0,21$	$24,2 \pm 1,57$
III. Контрольная группа (доноры), n=24	$2,7 \pm 0,09$	$32,2 \pm 0,63$	$12,9 \pm 0,04$	$20,3 \pm 0,10$

Примечание достоверность отличий (p) показателей сравниваемых групп приведена выше в тексте

При сравнительном анализе клинического течения заболевания и лабораторных исследований было установлено следующее.

У больных псориазом I группы с повышенным содержанием плазменного фибриногена (23-мужчины и 8 женщин, средний возраст  $43 \pm 2,4$  года) торпидное течение заболевания выявлено у 23 пациентов из 31 (71,9%); длительность заболевания в этой группе составила  $13,9 \pm 1,6$  лет, индекс PASI  $22 \pm 0,4$  балла.

Во II-й группе больных со сниженным АЧТВ (18-мужчин и 6 женщин, средний возраст  $41 \pm 2,6$  года) практически постоянно сохраняющийся кожный процесс наблюдался у 20 из 24 человек (80,1%); длительность заболевания у них составила  $14 \pm 1,8$  лет и индекс PASI  $21,9 \pm 0,5$  балла.

**Выводы** У больных, длительно страдающих распространенным торпидным псориазом, в крови увеличивается содержание фибриногена, что свидетельствует о хроническом системном воспалительном процессе.

В группе больных со значительным повышением содержания фибриногена в крови отмечается удлинение ПТВ при практически неизменных АЧТВ и ТВ. Это может быть обусловлено снижением содержания в крови VII и X факторов вследствие их потребления из-за перманентной активации свертывания крови по внешнему (главному) пути. Возможно также, что у некоторых больных в крови могут присутствовать антитела против VII фактора.

У ряда больных не отмечается удлинение ПТВ, но обнаруживается укорочение АЧТВ при умеренном повышении содержания фибриногена в крови. Вероятно, у этих пациентов не наблюдается существенной перманентной

активации свертывания крови по внешнему пути, но у них может быть повышена базальная активность внутреннего пути свертывания крови.

Литература:

1. Терлецкий. О В. Псориаз / О В. Терлецкий // Санкт-Петербург. – 2007. – С. 20-22, С. 152-156.
2. Евстафьев, В В Нарушение систем гемостаза у больных псориазом по данным электрокоагулографических исследований / В.В. Евстафьев, В А Лосева, М М Левин // Вестн. дерматол. - 1984. - №5 - С.59-62.
3. Вавилов, А М Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом / А.М Вавилов, В А Самсонов, Л.Е. Димант и соавт. // Вестн. дерматол. - 2000. - №4 - С.4-5
4. Клинические рекомендации Дерматовенерология / под ред. А А. Кубановой. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 38-52.
5. Мордовцев, В.Н. Псориаз (патогенез, клиника, лечение) / Г.В. Мушет, В.И. Альбанова // Кишинев ШТИИИЦА - 1991 - С.86-128
6. Шилов, В Н. Псориаз - решение проблемы (этиология, патогенез, лечение) / В Н Шилов // М.: Издатель В Н. Шилов. 2001. - 304с.